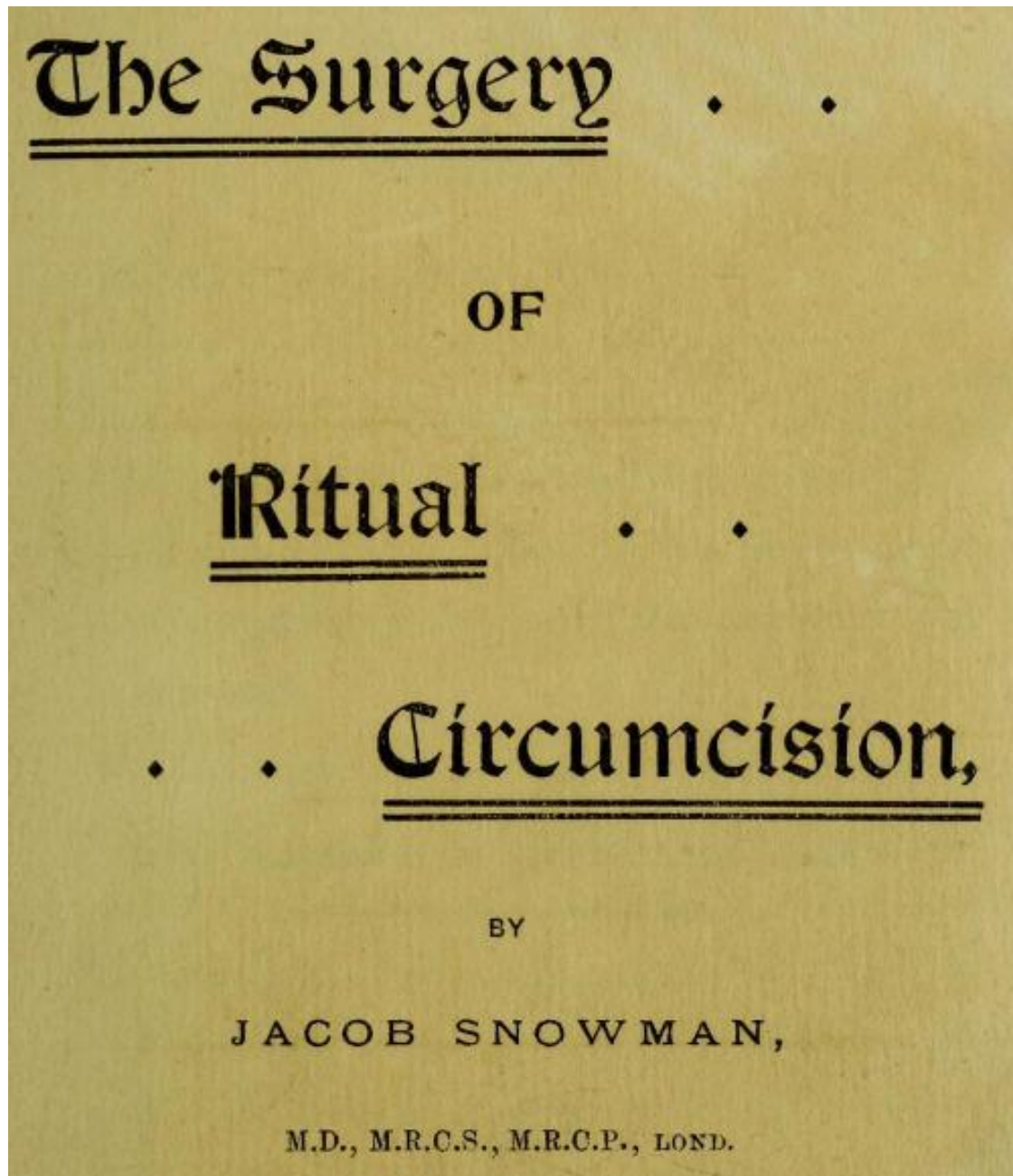


Операция ритуального обрезания

Джейкоб Сноумен



Электронная книга проекта "Гутенберг" о хирургии ритуального обрезания

Эта электронная книга предназначена для использования любым человеком в любой точке Соединенных Штатов и большинства других частей мира бесплатно и практически без каких-либо ограничений. Вы можете скопировать его, раздать или повторно использовать в соответствии с условиями лицензии Project Gutenberg, прилагаемой к этой книге, или онлайн по адресу www.gutenberg.org. Если вы находитесь за пределами Соединенных Штатов, вам необходимо ознакомиться с законами страны, в которой вы находитесь, прежде чем использовать эту электронную книгу.

Название: Операция ритуального обрезания

Автор: Джейкоб Сноумен

Дата выхода: 7 октября 2017 г. [Электронная книга № 55692]

Последнее обновление: 23 октября 2024 г.

Язык: Английский

Кредиты: Подготовлено deaurider и командой онлайн-корректоров по адресу <http://www.pgdp.net> (Этот файл создан на основе изображений, щедро предоставленных интернет-архивом)

*** НАЧАЛО ПРОЕКТА ЭЛЕКТРОННОЙ КНИГИ ГУТЕНБЕРГА "ХИРУРГИЯ РИТУАЛЬНОГО ОБРЕЗАНИЯ" ***

Операция Ритуального обрезания,

ДЖЕЙКОБ СНОУМЕН,

Доктормедицины, M.R.C.S., M.R.C.P., ЛОНДОН.

Медицинский работник Общества посвящения и т.д., и т.п.

ЛОНДОН:

ОПУБЛИКОВАНО ПОД ЭГИДОЙ

МЕДИЦИНСКОГО СОВЕТА ОБЩЕСТВА ПОСВЯЩЕНИЯ.

1904.

Э. В. РАББИНОВИЧ, ТИПОГРАФИЯ, КОММЕРШИАЛ-СТРИТ, 48, Э.

ПРЕДИСЛОВИЕ.

Цель следующих нескольких страниц - дать основу для обучения хирургическому аспекту еврейского обряда обрезания. Выполнение этой простой операции не ограничивается врачами. Поэтому важно, чтобы Моэль-непрофессионал обладал научными знаниями о важной задаче, за которую он берется.

Общество посвящения, контролирующее обучение мохелим, разработало программу, которая гарантирует такое знакомство с предметом. Эта небольшая книга составлена в соответствии с этой программой. Его главная цель - довести принципы асептики до сведения каждого, кто действует в качестве Моэля, и настаивать на настоятельной необходимости применения этих принципов на практике.

Дж. СНОУМЕН.

11, Шот-ап-Хилл,
Брондсбери, Нью-Йорк,
июль 1904 года.

Содержание.

	Страница.
Глава I.— <i>Причины инфицирования ран.</i>	7
Глава II.— <i>Результаты инфицирования ран.</i>	13
Глава III.— <i>Элементы метода антисептики.</i>	17
Глава IV.— <i>Хирургическая анатомия.</i>	23
Глава V.— <i>Техника операции.</i>	28
<i>Повязка.</i>	
<i>Аномалии.</i>	
Глава VI.— <i>Заживление раны.</i>	38
Глава VII.— <i>Кровоизлияние.</i>	44

ГЛАВА I.

Инфицирование ран.

Величайшим достижением современной хирургии было показать, как раны инфицируются и вызывают общее заражение крови. Это относится как к ранам, нанесенным ножом хирурга, так и к случайным травмам. *Принципы, применяемые в этом вопросе, включают в себя не только приготовления, необходимые для тяжелой и длительной операции, но и те, которые требуются для простого обрезания младенца.* Поэтому важно, чтобы те, кто выполняет ритуальное обрезание, были знакомы с элементарными принципами *Антисептической системы хирургии*, которая в настоящее время повсеместно применяется даже при самых незначительных хирургических вмешательствах.

На компании Mohel лежит большая ответственность за проведение каждого случая в строгом соответствии с правилами хирургической чистоты. *Хирургическая чистота* начинается там, где заканчивается обычная чистота. Его цель - уничтожить определенные мельчайшие частицы материи, невидимые невооруженным глазом, но являющиеся *живыми организмами растительной природы*, способными очень обильно размножаться в крови и раневых выделениях. Здесь они вырабатывают яд, который всасывается в организм, вызывая серьезные симптомы заболевания; или же они сами попадают в кровоток и циркулируют в нем с еще более плачевными результатами. Эти организмы можно наблюдать под микроскопом, но их можно увидеть только невооруженным глазом, когда они растут вместе колониями после посева в такие вещества, как желатин или бульон, или на поверхности ломтика картофеля. Они в точности соответствуют росту *плесени или грибка* на несвежем сыре или мясе или росту дрожжей в бродящем виноградном соке. При рассмотрении под микроскопом по отдельности или при выращивании в массе они обладают очень четкими признаками, так что эксперт может отличить одно от другого с такой же уверенностью, с какой грушу можно отличить от инжира.

Большое количество заболеваний возникает из-за роста в организме определенных из этих организмов, и при многих заболеваниях мы можем быть уверены, что всегда найдем конкретный возбудитель, ответственный за данное состояние, либо в крови, либо в выделениях из организма. Это особенно характерно для чахотки, брюшного тифа и малярийной лихорадки. Мы часто знаем, как организм попал в организм; это может быть либо через легкие, либо через желудок, либо, другими словами, через воздух или пищу.

Однако сейчас нас интересуют только *микроорганизмы, которые попадают в организм через открытую рану.*

Почти все они принадлежат к одному классу — *микробактерии*. Это крошечные круглые тельца диаметром около 1/25000 дюйма. Они обладают особенностью расти вместе гроздьями, как виноград, или цепочками. Они ответственны за болезненные состояния ран, которые замедляют заживление, за воспаление вокруг ран и за общее заражение крови, которое может возникнуть в результате.

Эти организмы в большом количестве содержатся в пыли комнат, на грязной одежде и в общей нечистой обстановке, и не может быть никаких сомнений в том, что ими часто заражаются все. Но, к счастью, болезнь проявляется крайне редко, потому что в жизненно важных тканях

обитают особые силы, которые позволяют им успешно противостоять ядовитому воздействию этих организмов. Однако существуют определенные обстоятельства, при которых они могут быть более вредными, чем в других.

1) Когда они поглощаются в особенно больших количествах.

2) При поглощении в особенно активном состоянии.

3) Когда организм находится в состоянии плохого самочувствия по какой бы то ни было причине.

4) При наличии простуды.

Каждое из этих обстоятельств имеет особое значение в отношении обрезания и может быть прокомментировано следующим образом.

1) Малейшее нарушение скрупулезной чистоты на гениталиях младенца, на используемых инструментах или перевязочных материалах или на руках Мозля чрезвычайно увеличивает количество микробов, которые, возможно, могут заразить рану. *Отсюда необходимость соблюдения абсолютной обычной чистоты, прежде чем прибегать к антисептическим мерам.*

2) Хорошо известно, что эти организмы существуют в очень вирулентной форме в незаживающих ранах, фурункулах и абсцессах, и наихудшие случаи заражения крови являются результатом прямого заражения здоровой раны от нездоровой. По этой причине все меры предосторожности в отношении дезинфекции рук, о которых будет сказано ниже, должны выполняться со строгой осторожностью, когда существовала какая-либо вероятность их контакта с такими источниками инфекции.

3) Естественная защитная способность организма против инфекции снижается, когда общее состояние здоровья ниже нормального уровня. В основном это происходит у младенцев, когда они недоношены или страдают желтухой, тошнотой или диареей, врожденными заболеваниями сердца или других органов. В этих обстоятельствах обрезание должно быть отложено.

Когда детали подвергаются чрезмерным повреждениям, местное сопротивление значительно снижается; отсюда первостепенная необходимость выполнения операции аккуратно и сноровисто.

Если эти микрококки уже нашли доступ в другие части тела, о чем свидетельствует *гнойная офтальмия* (т.е. Выделения из-под века) или *нагноение в области пупка*, важно вылечить эти состояния до проведения обрезания, поскольку опыт показывает, что при их наличии повышается риск общего заражения крови.

4) Существует особая опасность того, что кожа младенца, особенно в области мошонки, может раздражаться своими выделениями и вызывать сыпь, известную как *экзема*. Паховые складки иногда страдают таким же образом, кожа краснеет и шелушится. В таких случаях требуется медицинская помощь перед операцией из-за особого риска инфицирования. *Ни один младенец, у которого появляется сыпь любого рода, не должен подвергаться обрезанию без*

предварительного осмотра врачом, поскольку это может указывать на конституциональное заболевание.

5) Холод всегда указывает на недостаточную активность процессов организма. Младенцы особенно подвержены простуде, и отсюда необходимость обеспечивать их обильным искусственным теплом. Это особенно необходимо во время воздействия, связанного с обрезанием, и поэтому необходимо уделять должное внимание температуре в помещении, где проводится операция, следует избегать сквозняков и обеспечивать надлежащую защиту младенца при переноске из спальни в спальню.



ГЛАВА II.

Последствия инфицирования ран.

Обычно состояния, возникающие в результате раневой инфекции, называют *септическим заболеванием*. Сюда входят как легкие, так и серьезные осложнения, которые могут возникнуть.

Легкие формы инфекции обычно проявляются как препятствие быстрому заживлению раны после обрезания. Основными из них являются:—

- 1) Изъязвление на разрезанном крае крайней плоти.
- 2) Изъязвление в необработанной ткани, оставшееся на нижней поверхности полового члена между отраженной слизистой оболочкой и порезанной кожей.
- 3) Отшелушивание или омертвление отраженной слизистой оболочки.

Эти состояния обычно сопровождаются некоторым отеком; а нездоровое состояние раны с сопутствующими выделениями создает благодатную почву для быстрого роста и размножения микроорганизмов и их всасывания в организм.

Из наиболее серьезных последствий инфекции основным является *рожистое воспаление* в различных его формах. Здесь мы обнаруживаем, что по мере появления признаков нездорового воспаления вокруг раны начинаются симптомы конституционального заболевания. У младенца повышается температура, наблюдается потеря аппетита, учащенное дыхание и истощение с глубокими изменениями общего внешнего вида. Местными признаками являются покраснение кожи, переходящее в яркий румянец, который распространяется на бедра, мошонку или живот.

Поверхность нежная, а край красного пятна резко выделяется на фоне окружающей здоровой кожи. Болезнь наиболее активна на этом остром крае, поскольку именно там в изобилии можно обнаружить микрококки. Железы в паху становятся опухшими и болезненными, а рана от обрезания, если она не заживет, вероятно, воспалится и нагноится. Пока это происходит, микробы в процессе своего роста вырабатывают яд, и этот яд, попадая в кровоток, обычно оказывается смертельным для младенца.

Процесс обычно ограничивается кожей, и самый верхний ее слой часто поднимается в виде пузырьков, содержащих прозрачную или обесцвеченную сыворотку крови. Но болезненное изменение может произойти сначала в тканях под кожей, когда возникнет сильный отек и водянка части тела, так что при надавливании пальцем на коже останется ямка, прежде чем последняя сама воспалится. В этих случаях микроорганизмы легко попадают в кровоток и, уносимые к отдаленным органам, вызывают в них инфекцию. Это, безусловно, самые безнадежные случаи заражения крови.

До сих пор мы кратко рассматривали заражение группой организмов, известных как микрококки. Здесь необходимо отметить, что известно, что по крайней мере два микроорганизма из группы *бацилл* инфицируют рану после обрезания. Одна из них - столбнячная палочка, другая - туберкулезная.

При *столбняке* первым замеченным симптомом является то, что младенец не может сосать, и при осмотре будет обнаружено, что это происходит из-за судороги мышц челюсти, которые становятся неподвижными и твердыми. Лицо приобретает своеобразный вид, весьма характерный для этого заболевания, возникают спазмы конечностей, а затем судороги всего тела, суставы становятся негнущимися, и случай почти неизменно приводит к летальному исходу.

В отношении заражения туберкулезной палочкой можно сказать, что это явление является одним из редчайших последствий обрезания, но, по-видимому, *туберкулезные язвы* возникли в области раны, когда Мециза была выполнена путем отсасывания через рот Моэлем, который страдал туберкулезом. Время от времени сообщалось о ряде таких случаев, и в некоторых из них это, по-видимому, привело к общему заболеванию туберкулезом (*чахотка*).

Приведенные выше краткие утверждения исчерпывают большую часть возможностей инфицирования раны микроорганизмами. Однако существует еще один источник инфекции, микробное происхождение которого пока точно не доказано, и который имеет важное отношение к обрезанию. Это яд *отсифилиса*. Если Моэль страдает этим заболеванием, то выделения изо рта являются инфекционными, и болезнь может легко передаваться младенцу через Метизику. С другой стороны, если младенец родится с этим заболеванием — обстоятельство, встречающееся нередко, — необходимо помнить, что его кровь насыщена ядом и способна заразить здорового человека при контакте с любой раной, ссадиной или другим повреждением поверхности.



ГЛАВА III.

Элементы метода антисептики.

Цель антисептической хирургии - избежать возникновения опасностей инфицирования, упомянутых в предыдущей главе. Существует множество методов выполнения системы, но настоящее описание, ограниченное требованиями обрезания, не претендует на то, чтобы быть исчерпывающим. Две цели, на которые нацелены:

1) *Предотвращение попадания любых микроорганизмов в рану.* Эта цель достигается путем дезинфекции рук и особенно больших пальцев рук оператора, используемых инструментов и перевязочных материалов, а также совершенной чистоты гениталий младенца. Можно сказать, что кратковременное обнажение частей тела во время обрезания не несет в себе риска заражения, поскольку организмы, которые мы рассматривали, обычно не передаются воздушно-капельным путем.

2) *Наложение таких повязок, которые будут поддерживать рану в асептическом состоянии.* Даже небольшое количество выделений из раны после обрезания создает прекрасную почву для роста микроорганизмов. Поэтому необходимо наложить повязку, пропитанную такими антисептиками, которые уничтожат ту составляющую выделений, которая делает их хорошим материалом для посева.

Наиболее удобным антисептиком для общего применения является *карболовая кислота*. Это прозрачная, бесцветная жидкость довольно маслянистой консистенции, которая в холодную погоду быстро превращается в твердые кристаллы. При необходимости в целях дезинфекции его следует смешать с водой, в 39 раз превышающей его количество, или примерно на одну пинту воды требуется одна столовая ложка чистой карболовой кислоты, чтобы получить раствор 1 к 40.

Этот раствор необходим для смачивания рук после того, как они были вымыты теплой водой с мылом, а ногти вычищены щеточкой для ногтей. Этот последний процесс относится к *обычной чистоте*, замачивание в растворе карболовой кислоты, который должен быть теплым, предназначено для получения *хирургической чистоты*. Нетрудно понять, что если после такого замачивания руки соприкоснутся с каким-либо возможным источником инфекции, то его необходимо повторить перед началом операции. Дезинфекция рук должна быть последним этапом всех приготовлений к обрезанию. Аналогичный раствор карболовой кислоты (1 к 40) можно использовать для помещения инструментов перед операцией. При необходимости их следует извлекать непосредственно из раствора. Неглубокую посуду из легко моющегося

материала, такого как металл, стекло или фарфор, следует наполнить 2½ унциями (5 столовыми ложками) прокипяченной воды и добавить к ней половину чайной ложки карболовой кислоты, следя за тем, чтобы кислота тщательно перемешалась с водой и не расплывалась каплями.

Если инструменты безупречно чистые, т.е. были тщательно вымыты с мылом и горячей водой, их необходимо оставить на *один час* в растворе карболовой кислоты, чтобы они были достаточно продезинфицированы для использования в рабочих целях. Таким образом, *стерилизация инструментов перед их использованием является более быстрой и научно обоснованной*. Стерилизуя их, мы убиваем все микроорганизмы, которые могут на них присутствовать, и тогда мы уверены, что никакие живые микробы не попали в рану с помощью инструментов. Другими словами, они *асептичны*. Инструменты стерилизуются кипячением в течение примерно десяти минут в чистой воде. Полезно добавлять стиральную соду в пропорции 5 крупинок на каждые две столовые ложки воды. Очевидно, что инструменты должны быть металлическими, так как никакой другой материал не выдержит кипячения. Они должны быть изготовлены таким образом, чтобы предотвратить скопление пыли или грязи в стыках или щелях.

Компактное устройство для стерилизации поставляется каждым производителем хирургических инструментов. Инструменты обычно помещают на поднос из проволочной сетки с ручками, а затем в стерилизующую посуду, так что по завершении кипячения их извлекают на этот поднос с помощью специально поставляемых крючков. Их сразу же переключают в неглубокую посуду, содержащую раствор карболовой кислоты 1 на 40, описанный выше. С помощью этих средств инструменты охлаждаются и готовятся к использованию, поскольку, очевидно, их нельзя вынимать непосредственно из кипящей воды пальцами; а тот факт, что они находятся в растворе антисептика, предотвращает доступ любых микробов в течение короткого промежутка времени до фактического обращения с ними.

The *Повязки*, используемые при Обрезании, должны состоять только из *ворса* и *марли*. Необходимо, чтобы повязка была стерилизована, а также пропитана каким-либо антисептиком, чтобы обезвредить любой инфекционный материал, который может случайно попасть в рану после обрезания. Эти перевязочные материалы поставляются производителями, уже стерилизованными воздействием перегретого пара и получившими антисептический эффект с помощью различных химических агентов. Карболовая кислота, используемая для рук и инструментов, часто используется для перевязки, при этом антисептик закрепляется в ворсе и марле специальным способом. Большинство хирургов, однако, предпочитают *“повязки с двойным цианидом”*, в которых в качестве антисептика используется соль, известная как цианид цинка и ртути.

С момента первой перевязки и до полного заживления обрезания не нужно использовать ничего, кроме марли. В обычном случае никакого другого применения вообще не требуется. Однако обычно при наложении первой повязки при обрезании используют ворсинку, чтобы окружить корень полового члена, поскольку она более плотная, чем марля. Когда это будет сделано, кусочек ленты обматывается вокруг ворса, чтобы удержать его на месте. И лента, и ворс должны быть стерилизованы, как и марля.

В отношении перевязочных материалов лучше всего приобретать их у надежной фирмы-производителя, которая поставит их готовыми, нарезанными по требуемому шаблону, упакованными в небольшие герметичные жестяные коробки, готовые к использованию.

Приняв все эти меры предосторожности, Моэль может быть уверен, что в отношении своих собственных рук, инструментов и перевязочных материалов он проявил всю осторожность, какую требует хирургическая наука. Единственная другая важная деталь, требующая внимания, - это часть, касающаяся обрезания. Очевидно, что все рассмотренные до сих пор меры предосторожности бесполезны, если сам младенец не находится в идеально чистом состоянии. Дезинфекция кожи взрослого человека перед операцией всегда является серьезным и трудным делом, потому что в коже обитает очень много микроорганизмов, включая те самые микрококки, о которых говорилось ранее. Поэтому для дезинфекции кожи применяются сложные меры. Но в случае с младенцем кожа не может считаться таким вероятным источником раневой инфекции. Достаточно примерно за полчаса до обрезания вымыть гениталии теплой водой с мылом, а затем нанести раствор борной настойки. Также следует избегать использования различных детских присыпок, которыми медсестры так любят щедро посыпать складки кожи. Если будет сочтено желательным использовать такой присыпочный порошок, он должен представлять собой смесь равных частей борной кислоты и крахмала.

После того, как младенец был подготовлен, как указано здесь, обрезание может быть продолжено, как только он будет уложен в нужное положение. Если произошло какое-либо загрязнение, младенца необходимо снова обмыть, и в этом случае половые органы необходимо промыть раствором карболовой кислоты (1 к 40) с помощью ватного тампона.



ГЛАВА IV.

Хирургическая анатомия.

Для Моэля важно обладать знаниями о строении органа, на котором он оперирует.

Кожа полового члена на верхней поверхности соединяется с кожей живота, а на нижней поверхности - с кожей мошонки. При вытягивании вперед крайней плоти очень легко охватить пальцами кожу мошонки, если не соблюдать должной осторожности. Если вытяжение крайней плоти слишком сильное и, следовательно, кожа мошонки туго натянута, существует опасность того, что кожа мошонки будет в некоторой степени порезана. Всегда следует помнить об интимном соединении кожи полового члена и мошонки.

Под крайней плотью и продолжающийся с ней у ее свободного края имеется мембрана, которая, поднимаясь от шейки или сужения ниже головки, полностью обволакивает последнюю до отверстия мочеиспускательного канала. Здесь она отходит от головки и присоединяется к внешней оболочке. Название, данное этой структуре, - *слизистая оболочка*, и метод обращения с ней составляет основную часть искусства обрезания.

Эта слизистая оболочка представляет собой беловатую блестящую структуру, которая появляется после удаления кожи.

Важно отметить расположение этой слизистой оболочки, выявленное после ампутации крайней плоти.

- 1) Обычно она *покрывает головку до самого отверстия мочеиспускательного канала*.
- 2) Он может отражаться от головки, не достигнув этой точки, и становиться непрерывным или прилипать к кожному покрову. В этом случае головка не будет полностью покрыта слизистой оболочкой, поскольку небольшая часть будет отрезана на первом этапе операции. В этих случаях мембрана, отсутствующая в верхней части головки, будет обнаружена на внутренней стороне ампутированной крайней плоти.
- 3) В других случаях этой внутренней слизистой оболочки очень мало, она покрывает только три четверти или меньше поверхности головки, а оставшаяся часть прилипает к внутренней поверхности крайней плоти.

The *Консистенция этой мембраны* такова, что ее можно легко разорвать, но,

- 1) Он может быть эластичным, чтобы растягиваться без разрыва.
- 2) Он может быть настолько тонким, что гвозди могут придавить его, а не порвать.
- 3) Он может быть настолько толстым, что для его разрезания потребуется использовать ножницы.

Он может быть неплотно нанесен на головку, так что ногти большого пальца легко проникают под него, или же он может быть настолько липким, что возникает большая трудность при его разрыве и снятии с головки.

Важная складка этой мембраны треугольной формы прикреплена к нижней поверхности головки ниже ее основания, доходя почти до отверстия мочеиспускательного канала. Это называется *Frænum*, и оно полностью обнажается на втором этапе операции.

Само тело полового члена состоит из трех частей. На верхней поверхности за головкой находятся два *кавернозных тела*, прочно соединенные вместе, но оставляющие на их нижней поверхности углубление для *Губчатого тела*, которое продолжается за ними в увеличенной оконечности, известной как *головка*. Сужение под головкой называется *шейкой матки или затылком*, в то время как выступающий край головки над ним называется *Короной*. Иногда здесь обнаруживаются небольшие массы мягкого кремообразного вещества, которое является естественным выделением части тела.

Канал мочеиспускательного канала проходит в губчатом теле. Каждое из этих трех телец прочно соединено с лобковой костью сзади.

Они состоят из внешней оболочки, от внутренней поверхности которой отходят многочисленные тонкие мембранные перегородки, разделяющие целое на множество небольших отсеков. Эти отсеки выстланы тонкой сетью вен, которые способны расширяться кровью, растягиваться и заполнять эти пространства. Когда это происходит, весь орган набухает и становится твердым, и в игру вступает натяжение волокнистого материала, образующего основную структуру, так что процесс принимает форму эрекции. Вены, которые должны выводить кровь из полового члена, сжимаются под действием определенных мышц, и это усиливает набухание органа.

Когда половой член младенца находится в состоянии эрекции, операцию обрезания выполнить легче, а повязку наложить эффективнее. Манипуляции с органом, необходимые для захвата крайней плоти, как правило, достаточны для стимуляции увеличения притока крови, необходимого для эрекции. Кожа полового члена не разделяет с остальным органом большее количество крови во время этого состояния. Она растягивается за счет собственной эластичности.

Все артерии и вены полового члена проходят в глубоких структурах, о которых говорилось ранее, так что обрезание, во всяком случае у младенца, никогда не может повредить кровеносный сосуд. *Передняя кишка свободно снабжается кровью*, и при порезе может возникнуть неприятное кровотечение, но обрезание никоим образом не затрагивает эту часть.



ГЛАВА V.

Техника операции.

Для проведения обрезания необходим хороший свет.

Требуются следующие инструменты:—

1) *Нож* из стали, должен быть изготовлен из цельного куска металла без стыков, щелей или каких-либо украшений вообще. Рукоятка должна быть достаточно прочной, чтобы за нее можно

было крепко ухватиться. Лезвие должно быть около 5 дюймов в длину и не менее половины дюйма в ширину.

2) *Щит*. Это металлическая пластина с разрезом по центру, края которой сделаны так, чтобы захватывать крайнюю плоть на уровне ампутации. Защитный кожух защищает как головку полового члена, так и мошонку от повреждений ножом.

3) *Ножницы*. Иногда они требуются, чтобы разрезать слизистую оболочку. Они должны иметь форму, известную как “*тупо заостренные*”. Когда становится очевидным, что слизистая оболочка очень плотно прилегает к головке, разделение этих двух структур может быть произведено с помощью *зонда*. Это тонкий металлический стержень, который легко вводится под слизистую оболочку и обводится вокруг головки, чтобы разорвать спайки.

Человек, который должен держать младенца, садится на стул, поставив ноги на боковую перекладину второго стула так, чтобы колени оставались поднятыми. Последние должны располагаться близко друг к другу. На колени кладут твердую подушку, и младенца укладывают на нее лицом к Моелю. Когда необходимая одежда ослаблена, бедра и колени полностью сгибаются вверх, а затем бедра дополнительно поворачиваются наружу и удерживаются в этом положении руками человека, держащего младенца.

Одежду следует сдвинуть за ягодицы младенца, чтобы приподнять эту часть.

Антисептические препараты, описанные в [главе iii](#), после проведения операция выполняется в соответствии со следующими этапами.

Стадия I. Корень полового члена берут между указательным и средним пальцами правой руки ладонью вниз и сильно надавливают в обратном направлении, при этом указательный палец прижимают к мошонке, а средний палец - к нижней части живота. Это укрепляет пенис, удерживает кожу мошонки подальше и способствует возникновению эрекции.

Этап II. Удерживая эти пальцы в таком положении, *головку захватывают между большим и указательным пальцами левой руки*. Важно не просто взяться за крайнюю плоть, головка должна быть зажата между пальцами, и они должны осмотреть ее, чтобы определить, где она заканчивается. Это определяется путем ощупывания выступающего края короны и шейки под ней. Кожа, покрывающая это место, отмечает точное положение, в котором должен быть установлен щиток. Когда это положение точно определено, вся кожа перед ним отводится пальцами за головку и очень крепко удерживается вверх от мошонки.

Этап III. Теперь пальцы нужно убрать с корня полового члена, а щиток взять в правую руку и закрепить на крайней плоти точно на уровне кончиков пальцев, которые его захватывают. *Направление щита важно*. Он должен *надеваться не под прямым углом к половому члену, а наклонно вверх*, т.е. часть щитка, которую вы держите в руке, должна быть наклонена к животу младенца, а другая часть - от него. Таким образом, при обрезании крайняя плоть снимается в форме пера и остается достаточное количество кожи на нижней поверхности полового члена. При несоблюдении этой меры предосторожности существует большой риск обнажения нижней поверхности кожи почти до мошонки.

Этап IV. Затем нож берут в правую руку и одним движением вдоль щитка ампутируют крайнюю плоть. С ножом нужно обращаться твердо, а разрез делать от пятки. Обрезанный круглый край

кожицы немедленно втягивается за коронку, хотя на нижней поверхности количество оставшейся кожицы может быть меньше этого уровня.

Стадия V. Ампутированную крайнюю плоть и нож откладывают в сторону, поскольку защитная пленка уже отвалилась. Теперь Моэль с первого взгляда оценит расположение слизистой оболочки, покрывающей головку члена. Он просовывает ноготь большого пальца под его край и зажимает его между ногтем и указательным пальцем. Когда это сделано, маневр повторяется большим и указательным пальцами другой руки, держа обе руки близко друг к другу. Прежде чем двигаться дальше, Моэль должен убедиться, что он прочно держится за мембрану.

Следующим шагом является разрыв мембраны в центре до тех пор, пока не обнажится выступающий край короны. Этот разрыв может быть завершен одним движением рук, но если мембрана длинная, может потребоваться более одного движения, чтобы разорвать ее полностью.

Когда видна шейка ниже коронки, лоскуты отражаются латерально назад, так что разорванные края слизистой оболочки могут соединяться с порезанным краем кожи. Необходимо позаботиться о том, чтобы мембрана была отслаиваема как можно дальше (т. е. до ее соединения с передней кишкой) от нижней поверхности головки и отражена непосредственно назад так, чтобы соединиться с краем среза кожи.

Суть операции заключается в правильном выполнении этого этапа. При неэффективном выполнении обрезание получается очень несовершенным. Новички обычно допускают следующие ошибки:

1) Слизистая оболочка растягивается без разрыва; затем головка полностью выступает, создавая впечатление, что она была обнажена надлежащим методом. 2) Мембрана откатывается назад по головке вместо того, чтобы быть разорванной назад. 3) Мембрана очищена от верхней поверхности головки, но недостаточно очищена от нижней поверхности.

Этап VI. Операция действительно завершена на предыдущем этапе.^[1]

Практику Мециза теперь можно выполнять с помощью тампона из стерилизованной ваты, которым следует плотно сжимать пенис. Это эффективно впитает небольшое количество свободной крови в тканях и в то же время поможет очистить участок.

Этап VII. Повязка состоит из полоски стерилизованного и пропитанного антисептиком ворса или марли, достаточно длинной, чтобы обернуть пенис ниже головки два или три раза, и достаточно широкой, чтобы покрыть все пространство между венечной головкой и корнем пениса, т.е. 4/4 дюйма. × 3/4 дюйма. Первый слой повязки наносится полностью под головкой и покрывает всю отраженную слизистую оболочку. Необходимо соблюдать осторожность, накладывая полоску ворса у самого основания полового члена и начиная с нижней поверхности; в противном случае повязка в этом последнем положении может доходить только до края разреза и отталкивать его назад к мошонке и, таким образом, увеличивать размер необработанного участка.

Головка должна быть совершенно свободна от повязки, окружающей пенис, и полностью выступать за полоску ворса, нанесенную под ней. Этот кусочек ворса или марли сам по себе

довольно хорошо прилипает, но для того, чтобы он оставался на месте, лучше закрепить его, обернув один или два раза куском стерилизованной ленты и закрутив концы. *Если это делать слишком туго, это может затруднить свободный отток мочи или закупорить головку.*

Перевязка завершается наложением поверх обнаженной и выступающей головки квадратного куска антисептической марли. Затем надевается подгузник, сложенный в обычную треугольную форму, который прочно закрепляется с помощью широкой ленты. Необходимо сделать два или три оборота вокруг бедер, чтобы зафиксировать их, а концы завязать на бедре.

Во время последующей обработки повторная перевязка может регулироваться следующим образом. Примерно через 10 или 12 часов, но, во всяком случае, в течение первых 24 часов, кусок марли, прикрывающий головку, необходимо снять, а ленту, окружающую повязку, размотать и также снять. Если обрезание было выполнено должным образом и аккуратно, так что повязка скрывает всю слизистую оболочку и кожу, а вся головка остается открытой, больше ничего не нужно делать, кроме как наложить на головку немного свежей марли. На следующий день всю повязку следует снять и снова наложить марлю вокруг полового члена, оставив свободным кончик головки. Эта повязка спадет, когда ребенок будет находиться в ванночке, и ее можно менять так часто, как это необходимо. В качестве альтернативной процедуры всю повязку можно снять по истечении первых 24 часов, а часть снова обернуть марлей.

[1] Выполнение Мецизы в соответствии с еврейским законом заключается в всасывании ртом. Первоначальные источники этой практики указывают на то, что она считалась такой же важной частью операции, как и перевязка раны. Невыполнение этой меры рассматривалось как представляющее серьезный риск для младенца. Возможные опасности этой практики стали очевидны в последние годы, и прямое отсасывание из раны недопустимо со всех точек зрения. Для выполнения древней практики некоторые мохелимы используют устройство, с помощью которого всасывание осуществляется через маленькую стеклянную трубку с перфорацией на конце, внутри которой находится кусочек впитывающей ваты.

Обрезание в ненормальных случаях.

Пенис подвержен многим отклонениям от своей обычной анатомии, но здесь необходимо будет заметить лишь некоторые из наиболее распространенных отклонений.

1-й. В некоторых случаях пенис погружается в кожу лобка, так что при захвате крайней плоти весь кожный покров пениса подтягивается вверх, оставляя сам орган погруженным в кожу сзади. Будет обнаружено, что во многих из этих случаев яички не опустились в мошонку. В этих случаях важен первый этап операции. Корень полового члена обхватывается между вторым и третьим пальцами правой руки, как объяснялось ранее, и производится сильное давление в обратном направлении до тех пор, пока не будет достигнута определенная эрекция. Количество кожи, подлежащей ампутации, должно быть очень точно рассчитано, щиток тщательно подогнан в косом направлении, так как в этих случаях очень легко повредить часть кожи мошонки. Слизистая оболочка часто оказывается очень толстой, но какой бы ни была ее консистенция, после размышления ее следует срезать ножницами, поскольку эта процедура помогает предотвратить погружение головки обратно в кожу. В этих случаях необходимо

провести тщательное обследование ребенка, поскольку они часто указывают на незрелое развитие и требуют отсрочки проведения обрезания.

2-й. Крайней плоти иногда недостаточно. Верхняя часть головки может быть обнажена и выступать за пределы короткой крайней плоти. Количество последнего, которое должно быть удалено, настолько мало, что при вытягивании его вперед в маленьком кружочке кожи остается недостаточно для того, чтобы пальцы могли прочно ухватиться. В этом случае следует использовать щипцы для удержания крайней плоти.

3. Некоторые младенцы рождаются явно обрезанными. При осмотре будет обнаружено, что значительное количество крайней плоти все еще остается на верхней поверхности полового члена, в то время как нижняя поверхность может быть совершенно свободной. В этих случаях вся оставшаяся крайняя плоть захватывается между пальцами, и операция выполняется обычным способом. Здесь также подлежащая слизистая оболочка должна быть полностью срезана после того, как она была разорвана.



ГЛАВА VI.

Заживление раны.

Поскольку вся разница между научным оператором и просто механическим Моэлем заключается в понимании процесса заживления нанесенной раны, возникает необходимость рассмотреть это подробнее.

Область раны от обрезания проходит между венчиком головки и краем кругового разреза кожи. Кожа полового члена всегда втягивается, так что, если защитный экран был установлен в указанном ранее положении, кожа после обрезания не будет доходить полностью до коронки; шейка головки будет хорошо обнажена. Это условие, которое должно быть достигнуто при ритуальном обрезании.

Слизистая оболочка после разрыва и отражения покрывает область полученной раны. *Планирование операции должно быть таким, чтобы разорванные края слизистой оболочки могли соединяться с разрезанным краем кожи.* Это приближение обычно не является полным по всей ране. При разрыве слизистой оболочки образуется узкий V-образный разрез; он расширяется, когда мембрана отражается, и, если его осторожно приложить к порезанной коже, соединится с ней. Но край этой части мембраны, отслаивающейся от нижней поверхности головки, часто не соединяется с выходным краем кожи на нижней поверхности полового члена. Она часто не доходит до разреза кожи, особенно когда крайняя плоть была

свободно удалена или когда слизистая оболочка имеет тенденцию сворачиваться. Результатом большинства обрезаний является то, что верхняя часть раны быстро заживает, где разорванный край слизистой оболочки соединяется с порезанным краем кожи, в то время как на нижней поверхности слизистая оболочка будет прилипать к необработанной поверхности полового члена, оставленной втягивающейся кожей, но, вероятно, останется разрыв там, где мембрана не смогла достичь порезанного края кожи. Этот зазор обязательно будет очень маленьким, когда отражение слизистой оболочки будет завершено. Там, где происходит сближение двух краев, соединение происходит быстро, и происходит заживление "первым усилием". Там, где происходит некоторая потеря вещества, промежуток постепенно заполняется тем, что называется *грануляционной тканью*, и процессу заживления присваивается термин "второе намерение".

Исцеление первым намерением.

При ампутации крайней плоти пререзается ряд мельчайших кровеносных сосудов, похожих на волосы, которые пронизывают кожу. Кровотечение незначительное или вообще отсутствует, потому что кровь сразу же сворачивается, и почти сразу же по краю обрезания образуется ободок свертка. Кроме того, травма разрушает ничтожное количество живой ткани, известной как *клетки соединительной ткани*. Рана вызывает особую активность в прилегающих кровеносных сосудах, так что определенные важные компоненты крови вытекают из сосудов и проникают в край пореза, где кровь свернулась.

Эта инвазия состоит из жидкой части крови - или лимфы, и твердых элементов, называемых белыми тельцами — или лейкоцитами. Эти последние удаляют клетки, которые были убиты в результате травмы, и избавляются от сгустка крови, вероятно, в процессе переваривания. Когда это происходит, прокладывается путь к заживлению, то есть образованию рубца.

Обо всем этом можно судить невооруженным глазом по влаге или экссудату на поверхности раны. Поскольку он образуется на обеих поверхностях раны, экссудат является первым связующим звеном. Жидкая часть этого экссудата всасывается, и то, что от него остается, образует каркас, на котором формируется рубец. Рубец состоит из новых клеток соединительной ткани, которые вросли в этот каркас и быстро размножаются, вызывая прочное сцепление двух отдельных поверхностей.

Для того, чтобы эти новые клетки получали надлежащее питание, им требуется достаточное кровоснабжение, и обнаружено, что, пока происходит их формирование, из существующих появляются новые кровеносные сосуды, которые вырастают в мягкую недавно развивающуюся рубцовую ткань. Благодаря этому факту при нарушении заживления раны происходит свободное вытекание крови.

При операции обрезания хорошо видно, как циркуляция крови реагирует на травму. Когда обнажается слизистая оболочка, покрывающая головку, она выглядит бледной и полупрозрачной из-за скудного кровоснабжения и ее тонкости. Очень скоро после разрыва весь ее характер меняется. Она наполняется кровью, становится красной и закупоренной, теряет свою прозрачность, и на ее разорванном краю происходит процесс заживления, как описано выше.

Все шрамы сначала розового цвета, потому что образуется больше новых кровеносных сосудов, чем требуется для постоянного питания участка после полного заживления. Со временем эти кровеносные сосуды сжимаются и отмирают, и рубец становится белее даже прилегающей кожи. Это происходит также со слизистой оболочкой, которая остается розовой в течение значительного времени. Фактически мембрана подвергается первой стадии воспаления как реакция на полученное повреждение. Кровеносные сосуды становятся чрезвычайно расширенными, и ее кровоснабжение увеличивается. Она создает наилучшие условия для заживления по краям, где она была порвана, но также и вся ее внешняя поверхность, которая после отражения становится противоположной необработанной поверхности между коронкой и разрезанной крайней плотью снизу, соединяется с помощью аналогичного процесса с этой необработанной областью.

В тех случаях, когда отражение слизистой оболочки не было совершенным, между ее краем и разрезанной крайней плотью будет оставлен зазор, в котором заживление происходит путем *грануляции или повторного натяжения*.

Детали этого метода заживления аналогичны первому; выделение или экссудация из раны происходит таким же образом, но поскольку нет двух поверхностей, которые могли бы соединяться друг с другом, эта экссудация просто покрывает рану в виде беловатого или бледно-желтого слоя *лимфы*. Жидкость, выделяемая из раны, должна быть достаточно прозрачной; если она имеет тенденцию быть густой или молочного цвета, это указывает на случайное загрязнение раны или на то, что жизненные силы, необходимые для нормального восстановления, ниже среднего. Это показывает, что воспалительная реакция тканей, которая является необходимым условием для заживления, была чрезмерной. В этом случае в рану не только проникли белые кровяные тельца, которые, как объяснялось ранее, формируют основу для новых тканевых клеток, но и произошел следующий шаг. Эти лейкоциты удаляются с поверхности раны и вместе с выделившейся жидкостью образуют "*гной*" или *вещество*. Все это приводит к задержке заживления. Но в конечном итоге рана заполняется за счет роста новых клеток соединительной ткани; они продолжают размножаться до тех пор, пока не будет достигнута поверхность, когда самый верхний или эпителиальный слой края пореза прилегающей кожи вырастает поверх нее, образуя непрерывный кожный покров.

Эти *Дефекты в процессе заживления* таким образом, можно кратко охарактеризовать как возникающие из-за некоторого вмешательства в естественный ход физиологического восстановления. Они могут быть объединены под следующими заголовками.

- 1) Недостаточная жизнеспособность младенца.
- 2) Инфицирование раны.
- 3) Несовершенное выполнение операции, особенно когда разрыв и отражение слизистой оболочки были неполными.

Эти дефекты следует предотвращать путем тщательного обследования здоровья младенца перед обрезанием, применения антисептических мер и тщательного соблюдения техники операции.



ГЛАВА VII.

Кровоизлияние.

Проблемы, связанные с кровотечением, чрезвычайно редко возникают при обрезании младенца, поскольку артерии или вены не перерезаются. Но возможность его возникновения, тем не менее, остается, и поэтому некоторые моменты, касающиеся его, должны быть доведены до сведения каждого Моэля. Его обязанностью будет оказать первую помощь, и, следовательно, он должен быть знаком с принципами лечения кровотечения.

Существует три разновидности кровотечения.

1-й. *Капиллярный.* Он заключается в вытекании крови из различных точек на поверхности пореза. Сосуды представляют собой мельчайшие структуры, похожие на волосы, и кровотечение из них неизменно останавливается сильным давлением. Эта потеря крови происходит в большей или меньшей степени при каждом обрезании и в подавляющем большинстве случаев прекращается естественным процессом, описанным ранее.

2-й. *Артериальный.* Отличительным признаком этого вида кровотечения является то, что оно вытекает из раны струйками, а не непрерывным потоком. Каждый рывок соответствует удару сердца. Эта разновидность кровотечения может возникнуть только при перерезании артерии, то есть сосуда, который отводит кровь от сердца для снабжения тканей организма.

3-е. *Венозное.* Это кровотечение происходит из-за повреждения сосуда, который возвращает кровь к сердцу после того, как она циркулировала по тканям. Эти сосуды называются венами. Кровь темного цвета и вытекает из одного определенного места непрерывным потоком.

Лечение. Для практических целей здесь необходимо рассмотреть только первую разновидность кровотечения. Обрезание у младенца ни в коем случае не должно затрагивать артерию или вену; но в случае возникновения такого несчастного случая необходимо плотно прижать кусочек ваты или ворса бинтом вокруг места кровотечения до тех пор, пока не будет принят надлежащий метод лечения. Это заключается в захвате места кровотечения специальным инструментом (артериальными щипцами), а затем скручивании ткани, захваченной щипцами, или наложении лигатуры. Это чисто хирургическая процедура, и поскольку в каждом случае кровотечения следует незамедлительно обратиться за квалифицированной медицинской помощью, здесь больше ничего не нужно говорить по этому поводу.

В большинстве случаев наложение повязки с очень сильным нажимом достаточно для остановки неизбежного кровотечения при каждом обрезании. *Перевязку нельзя считать удовлетворительной до тех пор, пока кровь не перестанет просачиваться сквозь повязку.* При регулировке подгузников необходимо следить за тем, чтобы бедра были связаны вместе так, чтобы они оставались неподвижными, а для контроля кровотечения необходим идеальный покой. Это лечение является всего лишь механической помощью естественным процессам, останавливающим кровотечение, и в подавляющем большинстве случаев оказывается совершенно успешным.

Однако существуют определенные препараты, которые можно наносить на кровоточащую поверхность, чтобы ускорить свертывание крови. Они называются *вяжущими*. Их нельзя использовать без разбора, так как многие из них травмируют ткани и препятствуют заживлению раны. Если одного давления недостаточно для остановки кровотечения и необходимо попробовать местное применение вяжущего средства, сначала необходимо тщательно промыть участок антисептическим раствором, чтобы точно определить, откуда на самом деле идет кровотечение. Затем аккуратно накладываются полоски ворса, смоченные в вяжущем растворе, и удерживаются на месте крепким бинтом.

Ниже приведены основные препараты, которые могут быть использованы таким образом.

- 1.) Составная настойка бензоина.
- 2.) Настойка лесного ореха.
- 3.) Крепкий раствор квасцов в горячей воде.
- 4.) Раствор дубильной кислоты (4 грана на унцию)
- 5.) Раствор хлорида адреналина.

Последнее из них имеет репутацию самого сильного известного вяжущего средства.

Часто используется раствор перхлорида железа, но это может привести к повреждению нежных живых тканей.

Вторичное кровотечение.

Помимо кровотечения, которое может возникнуть сразу после нанесения раны, существует еще одна разновидность, которая может возникнуть впоследствии, известная как вторичное кровотечение. Это происходит, когда происходит какой-то сбой в ранее описанном процессе, благодаря которому рана заживает. Свертываемость нарушается, и сосуды практически вновь открываются, или свертываемость *размягчается под действием инфекционного агента*. Как правило, вторичное кровотечение указывает на ту или иную форму инфекции.

Часто при смене повязки возникает незначительное кровотечение. Это происходит из-за повреждения развивающихся кровеносных сосудов во вновь растущей рубцовой ткани.

Кровотечение из-за конституциональных состояний.

Некоторые младенцы рождаются со склонностью к кровотечениям без какой-либо очевидной причины либо из носа, кишечника, либо из кожи. Отделение пупка может сопровождаться кровотечением. Многие из этих случаев обусловлены наследственным заболеванием того или иного характера. Из них есть одно, которое требует особого упоминания, потому что, когда после обрезания возникало смертельное кровотечение, оно было вызвано им. Это *гомофилия*. Субъекты этого заболевания называются *геморрагами*, и обычно оно поражает только мужчин. Заболевание распространяется в семьях, один или два члена могут быть поражены, в то время как остальные свободны. Самки в семьях "кровопускателей", хотя сами они могут и не болеть, передают болезнь своим детям. В этом состоянии малейшая травма вызовет обильное кровотечение. Использование зубной щетки может быть достаточно, чтобы вызвать сильное кровотечение из десен. Если семейный анамнез какого-либо ребенка выявляет наличие этого заболевания, обрезание проводить нельзя. Если операция была проведена при незнании состояния, то трудности с контролем кровотечения и его повторение, если оно вообще прекратится, сразу подтвердят наличие гомофилии. Характер кровотечения при этом заболевании таков, что ранее назывался *капиллярным*.

